malakoff médéric

**MOBILITÉ EXPAT SANTÉ**

Cachet du conseiller en assurance

# Demande de souscription de l'entreprise

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENTREPRISE

RAISON SOCIALE ..... FORME JURIDIQUE .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ____ VILLE ..... PAYS .....

E-MAIL ..... @ ..... N°SIRET ____ ____ CODE NAF ____ CODE APE ____

Convention collective ..... Numéro de brochure ..... Effectif total de l'entreprise .....

## CATÉGORIE ASSURÉE

❑ Ensemble du personnel répondant à la définition de la catégorie assurée mentionnée aux conditions générales

❑ Autres .....

Zones d'exercice de l'activité .....

## GARANTIES SANTÉ

**GARANTIES CHOISIES** (Cochez la case utile)

**Formule** ❑ Hospitalisation ❑ Formule 1 ❑ Formule 2 ❑ Formule 3 ❑ Formule 4 ❑ Formule 5 ❑ Formule 6 ❑ Formule 7

Date d'effet souhaitée ____ Nombre de membres de l'effectif assurable à assurer .....

## COTISATIONS Sous réserve d'acceptation de l'assureur

Membre du personnel assurable affilié à la C.F.E. : ❑ Oui ❑ Non (Cochez la case utile)

| | Structure de cotisation choisie par le souscripteur | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ❑ | | ❑ | |
| Zones géographiques | Isolé | Famille | Adulte | Enfant |
| 0 | € | € | € | € |
| 1 | € | € | € | € |
| 2 | € | € | € | € |
| 3 | € | € | € | € |

BUDGET ANNUEL PRÉVISIONNEL ____

## DÉCLARATION DE L'ENTREPRISE

❑ L'entreprise demande à souscrire un contrat MOBILITÉ EXPAT SANTÉ N° convention 28100 pour la formule de garanties mentionnée à la présente demande de souscription. (Cochez la case)

L'entreprise déclare : (Cochez les cases)

❑ avoir reçu un exemplaire des Conditions générales du contrat précité et de sa Notice d'information et s'engager à remettre cette notice aux membres de l'effectif assurable,

❑ avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion et en avoir pris connaissance,

❑ s'engager à présenter à l'assurance la totalité des membres de l'effectif assurable ayant choisi de bénéficier du contrat et dont le contrat de travail est en vigueur et non suspendu pour une cause autre que maladie, accident ou expatriation y compris ceux en cumul emploi retraite,

❑ s'engager à déclarer à l'assureur, par avance, si elle souhaite étendre le bénéfice du contrat à ses mandataires sociaux sans contrat de travail relevant du régime général au sens de l'article L311-3 du Code de la sécurité sociale, dûment autorisés par les organes de l'entreprise en charge de la fixation de leur rémunération et appartenant à la catégorie assurée,

❑ s'engager à demander à chaque membre du personnel assurable d'accomplir les formalités médicales demandées par Quatrem (par téléphone ou questionnaire relatif à l'état de santé de la personne à assurer) selon les modalités d'envoi précisées sur le document. **Quatrem se réserve le droit de demander des informations complémentaires conformément aux conditions générales**.

**LA NON FOURNITURE DE CES ÉLÉMENTS REND CADUQUE LA PRÉSENTE DEMANDE DE SOUSCRIPTION DE L'ENTREPRISE**

L'ensemble des documents ci-après doivent accompagner la présente demande, **à défaut elle ne pourra être traitée par l'assureur.**

❑ Un extrait K bis de l'entreprise ❑ Une copie de la dernière DADS1

❑ Les demandes individuelles d'affiliation des membres de l'effectif assurable appelés à bénéficier du contrat dûment complétées et signées par ces derniers.

❑ Une copie de la Carte nationale d'identité du représentant de l'entreprise.

❑ Je soussigné(e) ..... Représentant de l'entreprise .....

En qualité de ..... **certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande d'adhésion entreprise et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances**. (Cochez la case)

Fait à ..... le ____

**Cachet de l'entreprise**

Signature

## LISTE DES MEMBRES DU PERSONNEL À ASSURER À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

| Nom/prénom(s) | Année de naissance | Situation de famille (1) | Nombre d'enfant(s) à charge | Situation du contrat de travail (2) | Pays d'expatriation | Régime social(3) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## LISTE DES MANDATAIRES SOCIAUX À ASSURER À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT (4)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(1) M = marié(e), C = célibataire, V = veuf(ve), D = divorcé(e), P = partenaire de PACS, K = concubin(e), S = séparé(é) de corps judiciairement

(2) EV = En vigueur, S = Suspendu (indiquer alors le motif et la date – hors expatriation), C = Cumul emploi retraite,
R = En réduction d'horaire pour raison de santé, TP = Temps partiel.
Le cas échéant, l'assureur peut demander des informations complémentaires conformément à l'article 2.4 des conditions générales.

(3) A=Caisse des Français de l'étranger (CFE), B = Régime local de Sécurité sociale, C = Autre à préciser, D = Aucun régime

(4) **Situation particulière des mandataires sociaux** : Le cas échéant, seuls sont concernés les mandataires sociaux sans contrat de travail relevant du régime général au sens de l'article L311-3 du Code de la sécurité sociale et dûment autorisé par les organes de l'entreprise en charge de la fixation de sa rémunération auxquels l'entreprise souhaite étendre le bénéfice du contrat et appartenant à la catégorie bénéficiaire assurée.

Conformément à la loi N° 78.17 du 6 janvier 1978, vous êtes habilité à demander la communication, la rectification ou la suppression des informations vous concernant qui figureraient sur des fichiers à l'usage de QUATREM, en écrivant au Service Clients QUATREM, 59-61 rue La Fayette - BP 460 09 - 75423 PARIS Cedex 09.